HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

NOTE DE CADRAGE

Label - Interruption volontaire de grossesse par méthode instrumentale

Adoptée par le Collège le 20 mai 2026

Demandeur : CNP GO-GM, CNP Maïeutique

Inscription au programme de travail : 2025

Responsables du projet : CNP GO-GM, CNP Maïeutique et SBP à la HAS

1. Objet et périmètre de travail

1.1. Thème et origine du projet

Demande de labélisation d'une recommandation de bonne pratique des Conseils Nationaux Professionnels de Gynécologie Obstétrique et Gynécologie Médicale (CNP GO-GM) et de maïeutique sur l'interruption volontaire de grossesse par méthode instrumentale.

1.2. Problématique

1.2.1. Contexte

Les modalités de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ont évolué au cours du temps, notamment à travers les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et les textes réglementaires.

- En 2001, la HAS publie ses premières recommandations concernant la prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée (SA).

- En 2010[1], mise à jour des recommandations HAS pour l'IVG médicamenteuse (IVGM) et instrumentale (IVGI) jusqu'à 14 SA. Les recommandations précisaient que :
  - entre 7 et 9 SA, les deux techniques, instrumentale et médicamenteuse, peuvent être utilisées en fonction des disponibilités et du choix de la patiente ;
  - entre 10 et 14 SA, la technique instrumentale est recommandée comme technique de choix.

- En 2021[2], nouvelles recommandations de la HAS concernant uniquement l'IVGM jusqu'à 9 SA.

[1] IVG 2001 - Recommandations revues 2010

[2] Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse – Mise à jour

- En 2022, le décret n° 2022-212 du 19 février 2022[3] relatif aux conditions de réalisation des IVG par voie médicamenteuse a modifié les modalités de réalisation des IVGM hors établissement de santé.

- En 2022, en parallèle, l'évolution du cadre légal a évolué avec l'extension du délai légal de l'IVG jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée (loi du 2 mars 2022)[4] .

Un travail de la HAS est en cours et vise à actualiser les recommandations sur l'IVG jusqu'à 16 SA, pour le volet médicamenteux uniquement.

L'approche, l'accompagnement (notamment l'incidence psychologique) et le suivi de l'IVG en général ou d'une grossesse non désirée seront traités au sein des travaux concernant l'IVGM. Un lien vers les recommandations de l'IVGM sera inséré dans les recommandations sur l'IVGI.

Données épidémiologiques

En 2023, il y a eu 243 600 IVG en France avec un taux de recours atteignant 16,8 IVG pour 1 000 (‰) femmes âgées de 15 à 49 ans. (1)

Les IVG par méthode instrumentale diminuent mais représentent 21 % de l'ensemble des IVG (69 % en 2000 et 32 % en 2019), soit environ 51 000 interventions par an (1). À titre de comparaison, il y a environ 65 00 hystérectomies par an toutes causes confondues et 80 000 appendicectomies en France (2,3).

La morbidité globale liée à l'IVGI est faible mais peut avoir un impact sur la vie future des patientes. La principale complication immédiate est l'hémorragie nécessitant rarement des soins supplémentaires (4). Les complications à long terme sont principalement les synéchies impactant la fertilité des patientes (5,6).

État des lieux documentaire

Il existe des recommandations internationales concernant la pratique de l'IVGI au-delà de 14 SA, notamment au Royaume-Uni avec celles du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) en 2025 et celles de l'American College of Obstretricians and Gynaecologists en 2023 (ACOG) aux États-Unis (7,8). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) propose également des recommandations pour la prise en charge de ces IVGI en 2022 (9).

L'ensemble de ces recommandations précise que l'IVG du début de grossesse et au-delà de 14 SA peut être réalisée par la technique médicamenteuse ou instrumentale et doit être proposée aux patientes (Tableau 1).

Il n'existe pas de recommandations récentes en France sur l'IVGI, ni de recommandation au-delà de 14 SA, quelle que soit la technique.

Les seules recommandations nationales disponibles sur la technique de l'IVGI et les risques associés sont celles élaborées par le Collège des Gynécologues et Obstétriciens Français de 2016 (5,6).

[3] Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0043 du 20/02/2022 (legifrance.gouv.fr)
[4] LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement (1) - Légifrance

Tableau1 : synthèse des recommandations internationales sur l'interruption volontaire de grossesse (RCOG, WHO et ACOG)

Thème	RCOG (7)	WHO (9)	ACOG (8)
Principe général	Soins centrés patient, accès rapide, choix méthode médicamenteuse ou instrumentale	Soins centrés patient, réduction des barrières, délégation des tâches possible	Approche fondée sur les preuves, choix selon terme et contexte clinique
Datation / échographie	Échographie uniquement si indication clinique	Échographie non obligatoire systématiquement	Évaluation clinique prioritaire, échographie si doute sur terme ou GEU
IVG médicamenteuse	Mifépristone + misoprostol recommandés, possibilité à domicile	Mifépristone + misoprostol recommandés, auto-gestion possible avec encadrement	Mifépristone 200 mg puis misoprostol, possible en ambulatoire
IVG chirurgicale	Aspiration vacuum au 1er trimestre, D&E ou induction au 2e trimestre	Aspiration recommandée, D&E selon ressources et expertise	D&E recommandé au 2e trimestre avec préparation cervicale
Préparation cervicale	Misoprostol et/ou dilatateurs osmotiques selon terme	Misoprostol ou dilatateurs osmotiques selon indication	Préparation cervicale recommandée avant D&E
Antalgie	AINS, anesthésie locale ou générale selon procédure	Antalgie adaptée au niveau de soins	Approche graduée incluant anesthésie locale ou générale

Abréviations : D&E : Dilatation Évacuation, GEU : grossesse extra-utérine, AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

État des lieux des pratiques

Le choix entre une IVGI et une IVGM est celui de la patiente pour les termes allant jusqu'à 9 SA. Il existe certaines conditions médicales qui orientent ce choix mais elles restent assez rares. D'une manière générale et comme le prévoit la loi, la patiente a le droit d'avoir le choix entre une IVGI et une IVGM (13).

Les informations données à la patiente lui permettant d'effectuer son choix entre la méthode médicamenteuse et la méthode instrumentale sont les suivants : lieu de réalisation de l'IVG, durée de la procédure, besoin d'une anesthésie, nécessité d'une visite de contrôle. Ces différentes informations sont disponibles sur le site de l'assurance maladie et le site du ministère (14,15).

La pratique de l'IVGI comme évoqué ci-dessus est encadré par des recommandations pour les termes jusqu'à 14 SA (5,6). Il est important que ces recommandations soient étendues jusqu'au terme de 16 SA afin d'encadrer et homogénéiser les pratiques.

Les recommandations doivent être actualisées pour plusieurs raisons :

- la pratique de l'IVGI est possible par les sages-femmes depuis 2023 (10). Afin d'assurer l'appropriation et l'application effective des recommandations, il est nécessaire qu'elles soient élaborées conjointement avec des sages-femmes et des gynécologues. Cette approche permet à la fois aux sages-femmes de s'approprier ces recommandations et aux gynécologues de les mettre en œuvre dans leur pratique ;
- l'allongement du délai de réalisation de l'IVG a été étendu à 16 semaines d'aménorrhées en 2022 (11). Il est nécessaire d'adapter une technique particulière pour les IVGI réalisées entre 14 et 16 semaines d'aménorrhées (5) ;
- enfin, il est possible de réaliser des IVGI sous anesthésie locale dans des centres de soins hors établissement de santé depuis 2021 (12).

1.2.2. Objectif principal de la production

L'objectif des recommandations est :

- d'améliorer, à toutes les étapes, la qualité et la sécurité de la prise en charge de l'IVGI jusqu'à 16 SA ;
- de standardiser les pratiques ;
- de participer à la formation des professionnels.

1.2.3. Bénéfices attendus

L'IVGI est une intervention fréquente chez la femme en âge de procréer. Cette intervention doit être réalisée dans de bonnes conditions. Ces conditions concernent la sécurité des soins (plateau technique, conditions d'asepsies), d'efficacité (technique chirurgicale, préparation cervicale), de surveillance après l'intervention et de prise en charge des complications.

Pour cette raison les soignants doivent pouvoir disposer de recommandations de Bonnes Pratiques labélisées par la HAS.

L'élaboration de ces nouvelles recommandations permettra :

- de disposer de recommandations conformes à l'évolution du cadre législatif, avec l'extension de l'IVG de 14 à 16 SA afin de préserver la qualité et la sécurité des soins ;
- de proposer conjointement des recommandations sur l'IVGI (label CNGOF et CNP maieutique) et sur l'IVGM (travaux de la HAS) ;
- d'accompagner les praticiens dans leur pratique et d'améliorer l'homogénéité des pratiques médicamenteuses et instrumentales ;
- de permettre, chaque fois que cela est possible, le choix de la méthode d'IVG par la femme, qu'elle soit médicamenteuse ou instrumentale, du fait de l'élaboration de recommandations sur chaque type d'IVG.

1.3. Destinataires prioritaires de la production HAS

☒Professionnels impliqués dans l'IVGI : les gynécologues obstétriciens, les gynécologues médicaux, les sages-femmes, les anesthésistes-réanimateurs et les médecins généralistes

☐Institutionnels

☒Usagers : les femmes (quel que soit leur âge) désirant réalisées une IVGI jusqu'à 16 SA.

☐Autres

1.4. Question(s) à traiter

Ces recommandations s'adressent aux professionnels de santé une fois que la décision d'IVGI est prise.

Champs	Questions
Champ 1 : Technique de réalisation de l'IVGI en spécifiant les particularités en fonction du terme	Q1. Quelles sont les techniques instrumentales pour les IVGI jusqu'à 16 SA ?
Champ 2 : Préparation cervicale avant réalisation de l'IVGI	Q2. Quelle doit être la préparation cervicale avant une IVGI jusqu'à 16 SA ?

Champ 3 : Plateau technique et conditions de réalisation de l'IVGI en établissement de santé	Q3. Quel est le plateau technique nécessaire pour la réalisation de l'IVGI jusqu'à 16 SA ?
Champ 4 : Prévention du risque infectieux comprenant les conditions d'asepsie requises.	Q4. Quelles sont les conditions d'asepsies pour la réalisation de l'IVGI jusqu'à 16 SA ?
Champ 5 : Prise en charge antalgique pré, per et post procédure	Q5. Quelle est la prise en charge antalgique en pré, per et post IVGI jusqu'à 16 SA ?
Champ 6 : Bilan biologique pré IVGI	Q6. Quel est le bilan biologique avant réalisation d'une IVGI jusqu'à 16 SA ?
Champ 7 : Surveillance post-opératoire de la patiente	Q7. Quelle est la surveillance post-opératoire de la patiente à court, moyen et long terme ?
Champ 8 : Informations patientes	Q8. Quelles informations spécifiques du geste transmettre à la patiente ?

1.5. Question(s), dimensions ou thématiques exclue(s)

- IVG médicamenteuse (Recommandations HAS en cours)
- Conditions de réalisation de l'IVGI en centre de santé (12)
- Conditions d'accueil, d'informations générales des IVG pour les patientes (14)
- Recommandations antibioprophylaxie de l'IVGI (16)

2. Type de production et méthode

2.1. Type de production

- Recommandations professionnelles

2.2. Méthode HAS retenue

➔ ☐ **Production HAS ou ☐ Partenariat**

➔ ☒ **Label**

- Méthode de label RBP

La méthode de travail retenue est celle de la « Recommandation pour la pratique clinique » décrite dans le guide méthodologique : Haute Autorité de Santé - Recommandations pour la pratique clinique (RPC) (has-sante.fr).

Sociétés savantes co-organisatrices :

- Conseil National Professionnel des Gynécologues Obstétriciens et Gynécologues Médicaux (CNP GO-GM)
- Conseil National Professionnel de Maïeutique

Coordonnateurs :

- Aubert AGOSTINI, CNP GO-GM

Autres sociétés savantes et associations de patients associées aux différents groupes (groupe de travail et groupe de lecture) :

- Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF)
- Collège National des Sage-Femmes (CNSF)
- Collège National des Gynécologues Médicaux (CNGM)
- Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception (ANCIC)
- Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO)
- Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR)
- Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne (SCGP)
- Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH)
- Association de patientes : Planning Familial Français, AGAPA

2.3. Modalités de travail

➔ ☒ **Groupe de travail (GT)**

➔ ☐ **Groupe de parties prenantes**

Composition du groupe de travail :

- 4 gynécologues obstétriciens
- 3 sages-femmes
- 1 anesthésiste réanimateur
- 2 gynécologues médicaux
- 3 médecins généralistes
- 2 usagères

➔ ☐ **Auditions ou entretiens exploratoires**

➔ ☐ **Phase de relecture**

- ☒ Groupe de lecture (GL) : La composition pluridisciplinaire du groupe de lecture reprendra celle du groupe de travail avec un plus grand nombre de relecteurs sollicités, ainsi que des infirmiers, des experts issus du planning familial et des assistantes sociales (50 membres)
- ☐ Avis des parties prenantes
- ☐ Consultation publique
- ☐ Autres

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de début : 17/01/2026
- Principales étapes du calendrier de travail :
  Passage note de cadrage en CRPPI et Collège : avril 2026
  GT : juin 2026 – décembre 2026
  Date de fin : 30/04/2027

4. Ressources et circuit de validation

4.1. Ressources humaines internes et externes

Au sein de la HAS, le projet est conduit par le chef de projet et une assistante du SBP, avec l'aide d'une documentaliste et d'une assistante documentaliste.

S'agissant d'une méthode label, le projet est mené par un coordonnateur du CNP CGO qui assure le suivi du projet (constitution du groupe de travail et de lecture, analyse et synthèse de la littérature, organisation des réunions, …).

4.2. Processus de validation prévisionnel

➔ **Passage(s) en commission**

- ☐CEESP :
- ☐CNEDiMTS :
- ☐CT :
- ☐CEDiag :
- ☐CTV :
- ☐CCES :
- ☐CSMS :
- ☒CRPPI pour la note de cadrage : 21/04/2026
- ☐CEU :

➔ **Validation finale**

- ☐CSMS :
- ☐CT :
- ☐CEESP :
- ☐CNEDIMTS :
- ☒Collège pour la note de cadrage : COI : 20/05/2026

Références bibliographiques

1 Vilain A, Fresson J, Lauden C. La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023, 2024. DREES, Études et Résultats N°1311
ER1311.pdf

2 Oberlin P et Mouquet MC. La longue diminution des appendicectomies en France, 2014. DREES Études et Résultats N°868.
er868.pdf

3 Chevrot A, Margueritte F, Fritel X, Serfaty A, Huchon C, Fauconnier A. Hystérectomie : évolution des pratiques entre 2009 et 2019 en France. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2021;49(11):816-822.
https://doi.org/10.1016/j.gofs.2021.07.002

4 Agostini A, Pauly V, Orléans V, Brousse Y, Romain F, Tran B, Nguyen TT, Smith L, Yon DK, Auquier P, Fond G, Boyer L. Association between hospital procedure volume, socioeconomic status, comorbidities, and adverse events related to surgical abortion: a nationwide population-based cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2024;231(6):626.e1-626.e17.
https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.07.002

5 Faucher P. Complications de l'interruption volontaire de grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2016;45(10):1536-1551.
https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.016

6 Linet T. Interruption volontaire de grossesse instrumentale. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016;45(10):1515-1535.
doi: 10.1016/j.jgyn.2016.09.026.

7 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Method of Surgical Abortion.
https://www.rcog.org.uk/media/5imndcjp/4580-rcog-summary-sheet_surgical-abortion-from-14-weeks-summary-sheet-v2.pdf

8 American College of Obstretricians and Gynaecologists. Second Trimester Abortion, 2023.
https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2013/06/second-trimester-abortion

9 Worth Health Organization. Abortion Care Guidelines, 2022.
https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483

10 Décret n° 2023-1194 du 16 décembre 2023 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales par des sages-femmes en établissement de santé.
Décret n° 2023-1194 du 16 décembre 2023 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales par des sages-femmes en établissement de santé - Légifrance

11 Loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement.
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287560

12 Décret n° 2021-454 du 15 avril 2021 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en centre de santé.
Décret n° 2021-454 du 15 avril 2021 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en centre de santé - Légifrance

13 Article L2212-1 du Code de la santé publique.
Article L2212-1 - Code de la santé publique - Légifrance

14 Le site officiel sur l'IVG.
https://ivg.gouv.fr/

15 Assurance maladie. Deux méthodes d'IVG : IVG médicamenteuse et IVG instrumentale, 2025.
https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/assure/sante/devenir-parent/grossesse/ivg/methodes-ivg-suivi

16 Castan B, Brun JL, Stahl JP, Martin C, Mercier F, Fritel X, Agostini A. Prévention des infections génitales hautes postopératoires ou associées aux soins. Faut-il proposer une antibioprophylaxie lors des interruptions volontaires de grossesse chirurgicales pour prévenir les infections génitales hautes ? Conseils de bonne pratique du CNGOF Gynecol Obstet Fertil Senol. 2020 Sep;48(9):646-648.
https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.06.007

© Haute Autorité de santé – mai 2026